

介護保険居宅介護（介護予防）特定福祉用具購入費支給申請書

フリガナ		保険者番号	285866			
被保険者氏名		被保険者番号				
		個人番号				
生年月日	大・昭 年 月 日	性別	男	・	女	
住所						

福祉用具名 (種目名及び商品名)	製造事業者名	購入金額	購入日		
	販売事業者名		円	令和	年 月 日
			円	令和	年 月 日
			円	令和	年 月 日
			円	令和	年 月 日

福祉用具が必要な理由

新温泉町長様

上記のとおり関係書類を添えて居宅介護（介護予防）特定福祉用具購入費の支給を申請します。

令和 年 月 日

申請者氏名 (被保険者本人) 電話番号 () -

- 注意
- ・福祉用具を購入したことが分かる領収証を添付して下さい。
 - ・福祉用具のパフレット等（製造業者が確認できるもの）を添付して下さい。
 - ・「福祉用具が必要な理由」については、個々の用具ごとに記載して下さい。欄内に記載が困難な場合は、裏面に記載して下さい。

居宅介護（介護予防）福祉用具購入費を下記の口座に振り込んで下さい。

口座振込 依頼欄	銀行 信用金庫 農協 信漁連	本店 支店 出張所	種目	口座番号		
			1普通 2当座 3その他			
	フリガナ					
	口座名義人					

委任状 ※口座名義が被保険者本人以外の場合のみ記入してください。
 介護保険特定福祉用具購入費支給申請にかかる給付費の受領に関する権限を下記の者に委任します。

委任者（被保険者本人）	氏名	Ⓜ		
受任者（口座名義人）	住所	電話 () -		
	氏名		被保険者 との続柄	

※この申請書に記載いただいた特定個人情報（新温泉町個人情報保護条例第2条第3号に規定する特定個人情報という。）は、介護保険に係る事務に利用します。